

## O10-02

### Meckel-Gruber症候群と診断した一絨毛膜二羊膜性双胎症例

名古屋第一赤十字病院 産婦人科

○伴 真由子、古橋 円、水野 公雄、安藤 智子、吉田 加奈、宮崎 顕、廣村 勝彦、齊藤 愛、新保 暁子、坂堂美央子、中山みどり、池田沙矢子、大西 貴香、柵木 善旭

Meckel-Gruber 症候群 (M-G症候群) は、嚢胞性腎疾患、中枢神経奇形 (後頭部脳瘤)、軸後性多指症 (多指症のかわりに肝の繊維性変化とするものもある) を三徴とし、その多くが死産または出生直後に死亡する予後不良の疾患である。胎児期には、羊水過少のため肺低形成 (potter sequence) を呈することもある。本疾患の頻度は13,250-140,000出生に1例と非常に稀であり、常染色体劣性遺伝の形式をとる。今回我々は、一絨毛膜二羊膜性双胎の両児にM-G 症候群を呈した症例を経験したので報告する。母体は40歳、0経妊0経産、既往歴に特記すべき事項なし。家族歴にも特記すべき事項なし。今回、自然妊娠され近医クリニック受診したところ、一絨毛膜二羊膜性 (MD) 双胎であったため、妊娠11週1日にMD双胎の管理目的に当科へ紹介となった。高齢妊娠であり羊水染色体検査を希望された。妊娠16週4日に施行した羊水染色体検査 (G分染法) では、正常核型46, XXであった。妊娠21週4日の健診時の胎児超音波検査では、両児とも羊水腔は消失しており、両側腎はスポンジ状に大きく腫大していたため、多嚢胞腎によるPotter type I と診断した。十分なカウンセリングの後、人工妊娠中絶を選択され、妊娠21週6日に第一子430g、第二子490gの女児を死産した。両児ともに、後頭部脳瘤、腎腫大によると思われる腹部増大、軸後性多指症・多趾症を認めたため、臨床的にM-G 症候群と診断した。今回、胎児超音波検査により多嚢胞腎を疑ったが、羊水過少を呈していたため脳瘤や多指症の観察が困難であった。多嚢胞腎を認めた場合は、M-G症候群を鑑別に含めた管理や説明が肝要と考えられる。

## O10-04

### 当院で経験した卵管間質部妊娠5症例

徳島赤十字病院 産婦人科

○河北 貴子、別宮 史朗、柴田 真紀、米谷 直人、牛越賢治郎、名護 可容、猪野 博保

【目的】 卵管間質部は子宮筋層を横断する卵管部分である。卵管間質部妊娠は全卵管妊娠の2~2.5%と比較的稀な疾患である。しかし、近年の生殖補助医療技術の進歩や性感染症の増加に伴い頻度は増加傾向である。また卵管間質部妊娠は、破裂した際には著明な出血を引き起こし、時には生命をも脅かすことがある。以前は開腹手術が主流であったが、近年腹腔鏡手術や薬物療法の報告も増加している。当院では、5年間で5例の卵管間質部妊娠症例を認めたため検討し報告する。

【結果】 当院での卵管間質部妊娠は異所性妊娠全体の約10%と頻度はやや多めであった。2例は開腹手術、最近の3例は腹腔鏡手術を施行した。開腹手術の1例は術後妊娠し、帝王切開による分娩も経験した。帝王切開時に子宮や腹腔内を確認したが、子宮筋層の脆弱化や術後癒着は認められなかった。間質部妊娠は早期診断が重要である。近年は超音波診断装置の普及に伴い早期診断が可能となってきている。今回経験した5症例中2症例は未破裂での診断が可能であった。破裂症例では腹腔内出血量は1500ml以上と他の異所性妊娠と比較し多量であったが開腹手術、腹腔鏡手術において術中出血量、手術時間に差は認められなかった。

【考察】 間質部妊娠では早期の診断が重要であるが、破裂時でも患者の状態や回収式自己血輸血を含む迅速な輸血準備を行なうことによって腹腔鏡下手術も治療法の第一選択になりうると考えられた。

## O10-03

### 重症新生児仮死となったファロー四徴症の1例

葛飾赤十字産院 産婦人科<sup>1)</sup>、葛飾赤十字産院 小児科<sup>2)</sup>

○尾崎 景子<sup>1)</sup>、平泉 良枝<sup>1)</sup>、熊坂 栄<sup>2)</sup>、峯 牧子<sup>2)</sup>、布施由紀子<sup>1)</sup>、中島 瑞恵<sup>2)</sup>、三浦 敦<sup>1)</sup>、三宅 秀彦<sup>1)</sup>、島 義雄<sup>2)</sup>、鈴木 俊治<sup>1)</sup>

症例は42歳1回経産婦、血液型O型Rh陽性。妊娠19週の妊婦健診時の胎児超音波スクリーニング検査でファロー四徴症が疑われ、外来でフォローされていた。妊娠35週2日夜から胎動消失感があり (腹痛なし)、翌朝外来受診。胎児超音波検査で心拡大、腹水貯留、臍帯動脈拡張末期血流の逆転を認めた。分娩監視装置モニターにて基線細変動の減少を認め、胎児機能不全および胎児心不全の疑いを適応として緊急帝王切開分娩とした。新生児は女児、2318g (AGA)、Apgar scoreは2点 (1分後) および3点 (5分後)、臍帯動脈血pHは7.21であった。羊水は清澄であったが、周郭胎盤母体面の辺縁に血腫が付着しており、常位胎盤早期剥離と診断した。児は、全身蒼白、血圧 32/12 mmHg、脈拍 140 bpm、SpO<sub>2</sub> 60-70% (FiO<sub>2</sub> 100%) で、胸部X線所見において心拡大 (CTR: 65.4%) を認めた。血液検査所見でHb値 10.9 g/dl、網状赤血球 53%であった。日齢2より顕著化した全身浮腫とともに心不全 (心拡大) および肺高血圧症が悪化し、治療に難渋したが、DOA/DOB、ニトログリセリン使用にあわせてフロセミド+アルブミン持続投与を行ったことで、尿量増加にともなって全身浮腫の改善傾向が認められた。常位胎盤早期剥離が主原因と推定される貧血によって重症新生児仮死および心不全を起こした症例を経験したが、本症の病態について若干の考察を行い報告する。

## O10-05

### 下腹部痛や腹腔内出血を認めたが、待機的管理に成功した卵管妊娠の2症例

日本赤十字社和歌山医療センター 産婦人科

○寒河江悠介、渡邊のぞみ、稲田 収俊、宮崎有美子、横山 玲子、坂田 晴美、吉田 隆昭、中村 光作

異所性妊娠は、受精卵が子宮体部内膜以外の場所に着床した状態であり、着床部位により卵管妊娠、卵巣妊娠、腹腔妊娠、頸管妊娠に分けられる。そのうち卵管妊娠がもっとも多く、98%を占める。一定の条件を満たす卵管妊娠では、待機的管理により自然治癒を期待することもできるが、卵管破裂や卵管流産を契機として多量の腹腔内出血を生じうするため、注意深い管理が必要である。特に、1.下腹部痛を認める、2.経陰超音波で中等量以上の腹腔内出血が疑われる、などの危険因子を有する場合は、多量の腹腔内出血からショックに陥る可能性が高く、診断時点で外科的治療がおこなわれることが多い。今回我々は、上記の危険因子を有する卵管妊娠において、待機的管理に成功した2症例を経験したので、多少の文献的考察を含めて報告する。